

〔令和7年度 第2回〕

【東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

令和8年2月13日 開催

【令和7年度第2回東京都地域医療構想調整会議】

『会議録』

〔北多摩北部〕

令和8年2月13日 開催

1. 開 会

○本間課長：それでは、定刻となりましたので、令和7年度第2回目となります東京都地域医療構想調整会議〔北多摩北部〕を開催いたします。本日はお忙しい中ご参加いただき誠にありがとうございます。議事に入りますまでの間、私、東京都保健医療局医療政策部計画推進担当課長の本間が進行を務めさせていただきます。

本会議はWeb会議形式で開催しますので、事前にお送りしておりますWeb会議参加にあたっての注意点を一読いただき、ご参加ください。

また、本日の配布資料につきましては、事前にお送りしておりますので、各自ご準備いただくとともに、予め説明動画を配信しておりますので、本日の資料説明は適宜省略しながら議事を進めてまいります。

それでは、まず、東京都医師会及び東京都より開会の挨拶を申し上げます。

東京都医師会、土谷副会長、ご挨拶をお願いいたします。

○土谷副会長：皆さん、こんばんは。日中の業務のあとにご参集いただきありがとうございます。

今年度の2回目の調整会議です。毎回のようにディスカッションがありますが、今回は高齢者救急がテーマです。

これまでも議論したことがあったと思うんですが、特に、高度急性期病院、三次救急といった病院が高齢者救急をどこまで診るべきなのか。

これからも高齢者救急は増えていくと思われまますので、二次救急全体で頑張っていないと診ていけないと思うんですが、その中で拠点病院がどうあるべきな

のかというあたりについて、地域の皆さんの直接の声を議論していただきたいと思っています。

きょうはどうぞよろしく申し上げます。

○本間課長：ありがとうございました。

続きまして、東京都保健医療局医療政策担当部長の宮澤よりご挨拶申し上げます。

○宮澤部長：東京都の宮澤でございます。

ご参加の皆様方におかれましては、日頃から大変お世話になっております。第1回に引き続きまして、本日もどうぞよろしく願いいたします。

本日の議事でございますが、土谷先生からもございました高齢者救急、医療機関機能につきまして、東京都における方向性に関してご意見をいただきたいと思っております。

本日いただきますご意見は、東京の特性を踏まえた地域医療構想の策定につなげていき、それを踏まえた医療提供体制の確保につなげていくための機会とさせていただきますと考えております。

本日もどうぞよろしく願いいたします。

○本間課長：ありがとうございました。

本会議の構成員につきましては、お送りしております名簿をご参照ください。

なお、オブザーバーとして地域医療構想アドバイザーの先生方にも会議にご出席いただいております。

また、会議に参加のご希望のありましたほかの圏域の座長、副座長の先生方や傍聴を希望された方も、Web等でご参加いただいております。

本日の会議の取扱いについてですが、公開とさせていただきます、会議録及び会議に係る資料につきましても、後日公開となっております。

それでは、これ以降の進行を石橋座長にお願いいたします。

2. 報告事項

- (1) 在宅療養ワーキンググループの開催について
- (2) 外来医療計画に関する手続きの提出状況について
- (3) 地域医療に関する調査（中間報告）について
- (4) 新たな地域医療構想について

○石橋座長：本日の座長を務めます、東久留市医師会の石橋でございます。

「皆様のご意見を聞きながら」という会でございますので、事前に大量の資料をお送りさせていただいていると思いますが、目を通していただいたかと思えます。

きょうの皆さんのお話をお聞きいただきながら、実際に今後の議論に活かしていけるように、もう一度見直していただければと思っております。

それでは、まず、報告事項につきまして、東京都から簡単に説明をお願いいたします。

○井床課長代理：東京都保健医療局医療政策部の井床と申します。

報告事項のうち、今回初めてご報告いたします(3)の地域医療に関する調査(中間報告)と、(4)の新たな地域医療構想の2点について、説明をさせていただきます。

まず、調査の中間報告について、資料3を共有いたします。

前回の調整会議でもその実施についてご報告をいたしました地域医療に関する調査について、昨年11月12日に公表いたしました中間報告の内容でございます。

2ページの真ん中のところで、回答率が81%となっておりますが、最終的には100%に近い病院から、お忙しい中ご回答をいただきまして、まことにありがとうございました。

次ページをご覧ください。全体をまとめて申し上げますと、直近、令和6年度は、約7割の病院が赤字でありまして、急激な物価高騰などが病院運営を圧迫していることが明らかとなっております。

これらの中間報告の内容により把握した病院の経営実態等を踏まえまして、同じく11月12日に、東京都から国に、診療報酬改定等に関する緊急提言を実施しております。

提言の内容としましては、物価高騰や大都市の地域特性により、医療機関が受けている影響を十分に考慮し、診療報酬の大幅な引上げを行うとともに、物価や賃金の上昇を速やかに診療報酬に反映させる仕組みを導入すること、また、地域医療の確保のため、診療報酬改定のタイミングを待たずに、機動的な財政支援を行うこととしております。

調査の最終報告は、年度末に向けて取りまとめまして、次回以降の調整会議で紹介をさせていただく予定でございます。

まず、資料3の説明は以上となります。

○石橋座長：ありがとうございました。

土谷先生、お願いします。

○土谷副会長：2つコメントしたいと思います。

1つは、ご案内のとおり、都内の7割の病院が赤字だということです。業界で7割赤字というのはあり得ない話です。

もう1つは、こういった調査が、今年度から始まりました民間病院支援につながっているということです。

今年度から民間病院支援事業が始まりました。来年度もまた引き続き行われるかどうかというところでしたが、今回の調査を受けて、東京都さんも引き続き、民間病院の支援事業をやっていかなければいけないと判断したものと感じています。

ですので、こういった調査は非常にお手間を取るところではありますが、そういう支援事業につながることもありますので、今後も調査にご協力をお願いします。

○石橋座長：ありがとうございました。

では、続けて、資料4の説明もお願いします。

○井床課長代理：それでは、報告事項の（４）「新たな地域医療構想について」も、資料４を共有いたします。

こちらは、国が昨年度検討し、公表いたしました「新たな地域医療構想に関する取りまとめ」を受けまして、昨年７月より、こちらのピンクの枠組みのとおり、地域医療構想及び医療計画等に関する検討会と、右側に４つのワーキンググループを立ち上げて、新構想のガイドラインの内容検討等を進めているところでございます。

右下に「検討会のスケジュール」とありますが、医療法等の改正法案の成立が昨年の１２月までずれ込んだこともありまして、秋ごろの「中間とりまとめ」については行われておらず、年度末に向けたとりまとめが予定されております。

次のページは、これまでに実施された検討会の各回の検討内容で、こちらに記載のとおりでございます。

次のページ以降で、これまでの検討会で提示された国の資料から抜粋した資料をお付けしておりまして、詳しくは事前の配信動画にてご確認いただければと思います。

現時点における新構想に係る国の検討会の検討状況の概要は以上のとおりでございます。

○石橋座長：ありがとうございました。

これも、ぜひまた読み込んでいただきたいと思いますのですが、この報告事項の４つの中の１番、２番については、ご説明しなかったんですが、在宅療養ワーキングで、地域の中の在宅をどのようにしていくかということで、非常に有意義な議論をされておりますので、そういうところも目を通していただきたいと思います。

今後、高齢者の救急の問題が出てくるかと思いますが、そういうときに、「在宅の患者さんに対してどうするか」というような話題も出ておりますので、ぜひ見ていただければと思います。

また、外来医療計画に関する手続きに関しましても、地域医療の参画は届け出ということですが、国の医療法上、どのように外来を、誰がどういうふうを担当していくのか、かかりつけ医機能と合わせてどのようにやっていくかということ

を、国と都と我々地域と、各先生方といろいろ話していかなくてはいけないという状況になっていくと思いますので、ぜひ、内容を把握しておいていただければと思います。

(3)と(4)に関しましては、今ご説明があったとおりで、後ほど意見交換の場も設けさせていただいておりますので、新たな地域医療構想に関する東京都として、もしくはこの北多摩北部地域としてどういうことをやっていくかということについて、ご意見をいろいろお聞きできればと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

それでは、次に、議事に入りたいと思います。

3. 議 事

(1) 紹介受診重点医療機関について (協議)

(2) 2025年に向けた対応方針について (協議)

○石橋座長：(1) 紹介受診重点医療機関について、(2) 2025年に向けた対応方針についてで、まとめてお伺ひいたします。

本圏域における紹介受診重点医療機関とする医療機関に関して、また、各医療機関の対応方針について、何かご意見等がある方はいらっしゃいますでしょうか。

北多摩北部地域で、従来、紹介受診重点医療機関として届けられているところは、そのまま、あと2つほど、ご希望を持っていらっしゃる病院がございますが、残念ながら、条件を満たしていないというところがございますので、もし、そちらの病院の先生から、「こういうふうになりたいんだ」というようなご希望等があれば、ご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいでしょうか。それでは、紹介受診重点医療機関につきましては、従来どおりということになるかと思ひますし、2025年に向けた対応方針についても、2025年というのは今年度ということになりますので、今までどういうことをやってきて、どうなっているのかということ、皆様にご理解、ご承知いただければと思ひております。

特にご意見がなければ、このまま認めさせていただくという形になるかと思ひ

ますが、よろしいでしょうか。

東京都から何かご発言はございますでしょうか。

○本間課長：ご審議いただきましてありがとうございます。

特に紹介受診重点医療機関については、都全体での公表に向けて準備を進めてまいりたいと思います。

引き続き、よろしくお願いいたします。

○石橋座長：ありがとうございます。

それでは、次の議事に進みたいと思います。

(3) 新たな地域医療構想における

医療機関機能について（意見交換）

○石橋座長：「新たな地域医療構想における医療機関機能について」、東京都からご説明をお願いいたします。

○井床課長代理：それでは、資料から抜粋して説明させていただきます。資料6を共有いたします。

こちらは、これまでの調整会議でもお見せしてきました来年度の新構想策定に向けたスケジュールでございます。

今回の調整会議の意見交換では、新構想策定に合わせて新たに始まる予定の医療機関機能に基づく連携を見据えた内容としております。

東京の特性を踏まえた医療機関機能について意見交換をいただき、いただいたご意見については、新構想の策定に活かしてまいりたいと考えております。

次のページからは、前回の調整会議におけるご意見のまとめでございまして、次のページについては、それらのご意見を踏まえた、高齢者救急の体制の検討会を新たに設置するなど、都の来年度の予算要求の方向性を示した資料でございます。

それ以降の13ページまでは、新構想において新たに始まる予定の医療機関機能に関連する国の検討会の資料の抜粋を付けております。

それでは、14ページをご覧ください。

このページ以降のイメージ図については、都のほうでオリジナルで作成しているものとなっております。

こちらは、医療機関機能ではなく、現状の高度急性期から慢性期までの病床機能に基づく連携のイメージ図でございます。

真ん中に居る患者の実態といたしましては、高齢者と高齢者以外など、結果として医療提供の密度が異なるなどの患者像の違いがあるにもかかわらず、病床機能ではその点が考慮されていないことから、より高度な医療を提供する高度急性期の医療機関で、高齢者も高齢者以外も含めた患者を受け入れている傾向にございます。

今後、高齢者が急増しても、高次の医療機関に入院患者が滞留することなく、高次の医療機関がそこでしか提供できない医療に集中して、患者の状況に応じた適切な医療を提供し続けるためには、新たに医療機関機能に着目した連携を考えていく必要がございます。

次のページですが、こちらは、2040年に向けた国の医療機関機能に基づく連携のイメージ図としておりまして、急増していく高齢者への対応を中心として、各医療機関機能の病院がどのように役割分担するかについて、国の検討会資料を基に作成したイメージ図でございます。

高齢者の入院医療の主なフローとして、あくまで国が示す医療機関機能に基づいて、AからDまでの流れをイメージ図として落とし込んだものでございます。

前のページと見比べていただきますと、下の急性期から右斜め上の回復期に対して「転院」という流れがありまして、次のページの医療機関機能のところでは、その流れが消えているんですが、こちらはあくまでも主なフローということで載せておりますので、もちろん、そういった流れも想定され得るところでございます。

次の16ページから18ページまでは、前回の調整会議で上がった課題が、今示したイメージ図のフローでどこに該当するかということを示しておりまして、また課題に応じて新たな構想に盛り込んで推進していくべき方向性の案として、

右側の下のオレンジの部分で案を載せておりました、16ページから18ページと続いております。

本日意見交換をいただきたいのは、19ページ以降になりますが、以上を踏まえまして、今回の意見交換のテーマとして、「東京の特性を踏まえた医療機関機能について」としております。

図の中に書き加えたとおり、左上の急性期拠点機能については、国が示す「30万人程度に1か所」とした場合、都全体で40か所程度とされ、都内の28か所の救命救急センターと一部の指定二次医療機関が想定されるところでございます。

その他の医療機関機能については、その数は限定されるものではございませんが、左下の高齢者救急・地域急性期機能については、急性期拠点以外の指定二次救急医療機関や地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟など。

また、右上の専門等機能の集中的なりハについては、回復期リハビリテーション病棟、右側の中長期入院については療養病棟。

また、右下の在宅医療等連携機能については、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟など、それぞれ想定され得る病院や病棟の種別を記載しております。

また、特に今後高齢者の増加が見込まれる東京の特性を踏まえた医療機関機能に係る具体的な3つの論点を、こちらにお示しするとともに、東京の特性に合わせて先ほどのイメージ図を改変しております。

論点の1つ目として、特に高齢者が増えていく東京において、例えば、要介護認定を受けている高齢者は、基本的には高齢者救急・地域急性期機能のところで受け入れることは可能かとしております。

要介護の高齢者は、その中のフローで言えば、AとB1、上り搬送のフローで受けることを基本として、B2の下り搬送を例外とすることで、急性期拠点と高齢者救急・地域急性期の役割分担を促していくことができるかとしております。

2つ目といたしまして、高齢者が増えていき、高齢者救急・地域急性期機能で受け入れる患者が増えていくことが想定される中で、この機能の中でも、例えば、手術対応の可否などに応じて搬送先を選定できるようにする必要があるかとしております。

3つ目といたしまして、今回イメージ図として提示した搬送フローとは異なり、脳卒中や心疾患など、都において指定の医療機関への既存の搬送体制が確立されている症例は、どのような基準で搬送先を選定するべきかについて、ここで示している搬送フローとどのように棲み分ける必要があるかという点でございます。

最後に、まとめでございますが、2040年に向けて高齢者の医療需要増と医療介護の人材不足が懸念される中で、1つ前のページでお示したイメージ図を念頭に、東京の地域特性などを踏まえた新たな地域医療構想の策定に向けて、都における医療機関機能の方向性について意見交換をお願いしたいと考えております。

意見交換にあたっての主な論点として3つ挙げておりますが、特に強化すべき医療機関機能など、考慮すべき都や区域特有の実情があるか、医療機関機能ごとの受入れ患者像をどのように考えるべきか、医療機関機能に基づき効果的に連携するために必要な取組みは何かとしております。

こちらに挙げた論点に限らず、新たな論点や必要な視点など、ご意見をいただけますと幸いです。

なお、最初にもご説明したとおり、調整会議における構想区域別のご意見については、2040年に向けた新構想の策定に活かしてまいりたいと思っておりますので、そのような観点で様々なご意見をいただけますと幸いです。

説明は以上となります。

○石橋座長：ありがとうございました。

東京の特性を踏まえた地域医療構想をどういうふうにしていこうか、また、その中で北多摩北部地域がどのように対応して、どのようなシステムをつくっていけばいいだろうかということで、大変大きな課題でございます。

そこを短時間にご意見をということは、かなり難しいかと思いますが、ぜひ皆さまの率直なご意見をいただければと思っております。

東京の状況につきましては、資料の中にあるんですが、北多摩北部地域はどうなんだろうというところも、できれば見てみたいということで、地域医療構想アドバイザーの東京科学大学の後藤先生に、「北多摩北部の部分のところだけ抽出して、ご意見をいただけませんか」というご無理なお願いをしたところ、ご了承いただきましたので、お話をいただきたいと思います。

よろしく申し上げます。

○後藤（地域医療構想アドバイザー 東京科学大学）：東京科学大学の後藤と申し上げます。

今回、北多摩北部圏域における75歳以上の急性期の入院動向といったところで、事前に配布させていただいている資料から抜粋して、簡単にご説明させていただければと思っております。資料を共有させていただきます。

こちらは、レセプトで75歳以上の急性期入院を分析した動向、かつ北多摩北部圏域にお住まいの方のレセプトを分析して、高齢者に多い疾患、悪性新生物、心疾患、脳卒中、肺炎、大腿骨骨折といったものを代表疾患として挙げて、分析したものです。

こちらを要介護度に応じて、要介護度が非該当の方、要支援1から要介護度2までの方、要介護度3から5の方で、どのような入院先になるのかといったところが見えるようにしたものです。

特徴としては、第1に、入院先は北多摩北部圏域を中心に、北多摩南部や西部などの広域圏域内である程度移動が完結しているといったところが挙げられます。

また、特徴の2つ目として、要介護度が高いほど、都外医療機関への入院割合が高い傾向が見られております。

北多摩北部圏域は、埼玉と接しているということもありますので、日常的に都外の医療機関へ通院している場合や、住民票を移さないまま、都外の施設に入所しているケースなど、一定の背景要因というものが想定されます。

しかし、同圏域の疾患別で比較してみると、大腿骨骨折、肺炎、脳卒中においては、要介護度が非該当の方と要介護度が3から5の方との入院の行き先は、圏域の中で受け入れるか、都外にというところの差が顕著ですので、これらの疾患では、「要介護」「高齢者」というキーワードがあると、少し受入れ態勢が十分ではないのではないかと見られます。

また、今回の検討事項において、東京都さんが提示された資料を引用させていただきましたが、今後は、高齢者救急・地域急性期機能の病院が主となり、急性期拠点機能はなるべく専門性を発揮するといった方針になっていくかと思えます。

まず、そこにあたって、1つ目の今後高齢者の受入れが期待される高齢者救急・地域急性期機能については、いわゆる“2.5次”というような救急病院から、小規模な地域密着型病院まで、さまざまな医療機関が含まれていると思います。

ですので、各医療機関がどのような疾患や手術の術式に対応可能なのか、夜間の時間外の受入れ態勢がどの程度整備されているか、また、認知症も含めて精神疾患を合併したような患者様の受入れが可能なのかといった点も整理して、機能に応じた役割のグラデーションというものを、この高齢者救急・地域急性期機能という中でもグラデーションをつけて明確化していくことが重要なのではないかと考えております。

また、なるべく高齢者救急・地域急性期機能で担いつつも、三次救急医療機関に搬送される方もいらっしゃると思います。その中でも、「ほかの医療機関でも対応可能」と判断された患者さんに関しては、「入院3日目までの下り搬送」というのが、2024年度の診療報酬改定での救急患者の連携搬送料の新設等により推奨されていると思います。

この早期転院というものをどう実現していくかといった具体的な条件といったものを、整理する必要があるのではないかと考えております。

○石橋座長：ありがとうございます。お手間をかけて申し訳ありませんでした。

北多摩北部地域は、比較的バランスが取れているかと思うんですが、急性期拠点機能を持った病院という状況だけを見ると、北多摩北部地域の中には、それほど大きなところは1か所ぐらいしかありません。

そういう場合、例えば、同じような機能を持つものを、さらにその中につくっていくべきなのか、それとも、複数の病院でそういう機能を補う合うほうがいいのか、先生はどのようにお考えになりますでしょうか。

○後藤（地域医療構想アドバイザー 東京科学大学）：圏域の中で完結するという考えよりも、補い合うといったところが、基本的に“東京都オール”でやっていくというところがあると思います。

ですので、今の特色を活かした形で、それをお互いに見えるような形にして、それで補い合って機能が補填できればいいのかとっております。

その中で、補い合うことすら難しい、抜け穴みたいなところがより目立つのであれば、そこに関しては新たにどこが担うのかといったところの議論が必要なのかなと思っております。

○石橋座長：ありがとうございます。

いろいろ無茶ぶりしまして申し訳ないです。

それでは、今のお話も、そして、資料6も参考にしながら、今回新たに医療機能というものを指標にしながら、地域を見ていくということになってきたわけです。

今までは病床機能でというふうに分けていたんですが、ここに、もう1つ医療機能というものが加わってまいります。

その中で、これは、各病院がどのような役割をどのような形で果たしていくか、またそれをどう連携をしながら互いに補い合っていくかというところを、考えていかなくはいけないと思います。

先生方、何かご意見、ご質問はございますでしょうか。

それでは、坂本先生、お願いします。

○坂本（公立昭和病院 院長）：今の新しい東京の特性を踏まえた医療機能について、特にこの北多摩北部で思うところがございます。

今ご指摘がございましたように、当院は、この地域で唯一の救命救急センターを有する医療機関ということですので、この急性期拠点機能を担っていかなければいけないと考えております。

その中で、救命救急センターに三次救急で搬送されてくる方についても、超高齢者が非常に増えていて、ICUの大半が80歳以上あるいは90歳という日も、稀ではないというような状況だと思えます。

そういう中で、「急性期の3日以内の下り搬送」というところを強化していくということで、役割分担していくことが非常に重要だと考えております。

これをもう少し深掘りしてみますと、パターンとしては、ある程度重症のふれ込みで来た、あるいはほかのどこも取れないので東京ルールなどで来たけれども、実はそれほど重症ではなかったということで、結果的に高度急性期で診る必要が、

医学的にない患者さんで、ほかでお願いできるんじゃないかという場合があります。

もう一つは、重症度は非常に高いけれども、患者さん自身が人工呼吸器管理だとか透析とかという救命救急センターでの高度医療を希望されていないので、やるべきことは、酸素投与、点滴、抗菌薬などで治療して、それ以上の侵襲的な治療をせずに、回復すればよし、それでダメならばやむを得ないという患者さんがおられると思います。

後者については、転院先を短期間で見つけるということは、まだ今は難しい状況かなと思っております。

もう一つは、もちろん、我々救命救急センターは、単純に年齢で区切って「高齢者はお断り」というわけではないので、高齢者でも心筋梗塞、脳卒中などで治療管理が医学的に必要であれば、積極的に受けているわけですが、その急性期の治療が終わったあとに、先ほどの絵で見ますと、転院の矢印としては、「専門等機能（集中的なリハ）という医療機関にのみ矢印が付いているんですね。

これは確かに、比較的若い方について、リハが中心になる方に関しては、こういうことですが、一方で、もともと要介護度が高い、あるいはADLが悪いような状況で、介護が中心であるけれども家には帰れないというような方については、従来、回復期等をお願いしていたところですが、この絵の中からは、行くべき矢印がないので、その役割分担をどうするかということが、大事ななと思いました。

○石橋座長：ありがとうございます。

この東京都がかかれた図の中で、高齢者救急で、急性期拠点機能の病院にお送りするという矢印はあるけれども、その逆の矢印がないんじゃないかというお話ですが、東京都としては、この辺はどうお考えになるでしょうか。

B2は上に行っていますが、下にも行くのでしょうか。

○本間課長：B2は、急性期拠点のほうで一旦受けて、そこまで治療の必要がない方は、この下の高齢者救急の病院に転送するという意図をつくっております。

○石橋座長：この細い線が下りということで、そこは入っているということですね。

○本間課長：はい。分かりにくいかもしれませんが、一連の流れで、左上の急性期拠点病院で一旦受けて、そのあと、高齢者救急のほうに移るというところの一連の流れがB2ということです。

○石橋座長：坂本先生、この線よろしいですか。

○坂本（公立昭和病院 院長）：B2であることは、私も認識しているんですが、実際の患者の流れで弊害になっているのは、比較的中等症、軽症で、医学的にあまり濃厚な治療が必要がないという方に関しては、比較的受け取っていただく先を見つけやすいんです。

しかし、重症であるけれども、ある意味、高齢者の終末期に近いような状況で、高度急性期の人工呼吸管理、ICU管理を、本人も家族も望んでいないという方について、お看取りも含めて、バトンタッチができるようなところが、このB2の中の機能として両方必要かなというのが私の意見でした。

○石橋座長：ありがとうございます。

もう少し線をはっきりさせたほうがよさそうな感じですかね。

それでは、越永先生、いかがでしょうか。

○越永（信愛病院 理事長）：高齢者の救急の特徴というのは、軽症者が多くて、手術を要する患者が少ないというのが、圧倒的だろうと思うんです。

そういう状況であるときに、高度急性期の病院にまず搬送してしまって、それから下りに搬送していくという手間が、公立昭和病院の先生は、それに時間が取られて、本来治療すべき患者さんに時間を割くことができなくなってしまうというのが一番の問題だと思うんです。

ですので、高齢者を受けるのが一般の救急病院であれば、そういう一般の救急病院の先生が診立てて、「これは救命センターじゃないと、公立昭和じゃないと治

療ができない」という患者さんを、そこに上り搬送するという形にしないと、「ファーストタッチが救命救急センター」というのは、高齢者救急をどうするという話からはかなりずれてきてしまうと思うんです。

ですので、ファーストタッチをどこにするかというのを、みんなで考えたほうがいいと思います。

○石橋座長：ありがとうございます。

その振分けをきちっとやれるところが必要ということですね。

特に、医療機関から医療機関の場合は、振分けをちゃんとしていただけたと思うんですが、救急隊からそちらに来てしまうことも事実ですので、その辺のところで、救急隊との話合いも必要になってくるかと思います。

病院の中で、「こういう状況の場合は、地域急性期の病院もしくは高齢者救急で受ける」というふうに、何らかの方法で分けるのに、救急隊、それから在宅の場合も含めて、何か方法がございますでしょうか。

○越永(信愛病院 理事長)：持病の悪化だったりとかいうので悪くなる場合とか、ご高齢の方で誤嚥性肺炎だったりとか、尿路感染症というのは、重症感があつたとしても、それは最初の急性期病院でいくらかでも対応できる問題だろうと思うんです。

ですので、救急隊が最初にどこに運んでいくかというのを、救急隊が決めるのではなくて、ある程度みんなで決めておいて、そこから上り搬送ということにしたほうが、時間的にもかなり有利じゃないかと思いますね。

○石橋座長：おっしゃるとおりだと思います。

そのルールをどう決めていくかというところを、救急隊を交えた形で相談をするというのにも必要かと思います。

ほかに、ルールのつくり方でも結構ですし、なるべく急性期拠点機能を持つ病院のサポートといいますか、支援ができるような方策として、何かご意見とかはございますでしょうか。

それに限りませんので、今回、特に強化すべき医療機関機能など、北多摩北部ではどういふところの医療機関機能を強化すべきかとか、各医療機関ごとの受入れ患者像というものをどう考えるべきかという点についても、ぜひご意見をいただければと思います。

例えば、「ACPをしっかりやっていないので、重症だからといって、急性期拠点病院に来てしまった」とか、「高齢者でないところに行ってしまった」というようなこともあるかと思いますが、そういうことがないようにするためにも、ACPをちゃんとしておく必要があるかと思いますが。

それから、「こういう状態のときは、救命救急でお願いをするべきだ」というようなルールづくりというのをしていく必要があるかと思いますが、皆さんはどのようにお考えでしょうか。

それでは、勝手にすみませんが、多摩北部医療センターの高西先生、いかがでしょうか。

○高西（多摩北部医療センター 院長）：我々の立場としては、救命センターがないんですが、“2.5次”レベルのことはやっていきたいと考えています。

実際、高齢者救急を受けると、ほとんどが軽症で、ACPがもうちょっとできていると、例えば、救命センターに行かなくても済むのになという思いは、たくさん持っています。

ただ、それにはトリアージですとか、住民の理解がすごく必要で、ACPも浸透しているとは言えないと思いますので、少し時間がかかると思うんです。

救急で来る患者さんは、重症化というか、病状ができ上がってしまっていますので、患者さんの利益という観点で考えると、高齢者であっても、まだ良好なADLが期待できるレベルの方は、早めに病院に来ていただいて、入院が長くなるとADLが落ちてしまいますので、早めに退院していくというサイクルも、すごく大事じゃないかと思っています。

そういった観点で、在宅をやっていらっしゃる先生方との連携ですとか、施設のほうに声をかけて回っているんですが、「ちょっとでもおかしかったら相談していただいてもいいので、使ってください」みたいな活動をやっています。

それが“2. 5次”救急の仕事かどうか分からないんですが、社会的な課題だと思いますので、そこは取り組んでいきたいと思っています。

実際に入院した患者さんは、急性期病院に長く入院していると、コロナのときによく分かったんですが、ADLが落ちてしまいますので、早めにリハビリができる病院とか施設に移っていけるということをやれるといいと思います。

そういった観点では、北多摩北部医療圏というのは、割とリソースがある圏域ではないかと考えています。

○石橋座長：ありがとうございます。

高西先生から今お話がありましたように、早くおうちに帰るための集中的なリハビリの専門的な機能として、北多摩北部では優位性があるのではないかとのご意見ですが、リハビリの立場としてはいかがでしょうか。

越永先生、お願いします。

○越永（信愛病院 理事長）：リハビリのこともそうなんですが、リハビリも含めて、入院した高齢者が、そのあと何が一番厄介かという、在宅に戻せるか、その人は帰れないので施設に入るのかという話だろうと思うんです。

高齢者の救急で来る患者さんというのは、実はそんなに手間暇かかる治療が必要でない方がほとんどで、実際に肺炎を起こしたからといって、高度な医療を提供する病院に運ばなくても、抗生剤と点滴という治療だったりという形がほとんどだろうと思います。

それなら、最初に搬送する病院は、地域包括ケア病棟だったりとか、包括医療病棟だったりとかを持っている病院に、直接搬送するような形にしたほうが、すぐにリハビリもできるし、すぐに家にも帰れるというマネジメントができるんじゃないかと思いますが、どうなんでしょうかね。

それを、わざわざ高度な急性期病院に送って、またグルグル回すのが、本当にいいのかどうかというのは、考えたほうがいいんじゃないかと思っています。

○石橋座長：ありがとうございます。

急性期拠点機能を持つぐらいの高度な病院に回す必要は全くないんですが、先ほど高西先生がおっしゃったように、軽い状態のところでも早く手を打つことによって、早く家に帰るといった例もあるということを見ると、どういう方を早くおうちに帰すかどうか。

例えば、私は在宅でやっておりますので、肺炎があったりとか尿路感染症という、しょっちゅうある病気であれば、おうちで点滴をしてしまいますし、大体さっさとおうちに帰してもらおうということをしているんです。

ただ、実際に帰れない人の場合は、それをサポートできる家族なり、資源がないということで、おうちに帰って点滴もしくは寝ているけれども、その生活が成り立たないというようなことがあります。

ですので、今おっしゃられたような地域ケア病棟とかいったところで治療をしていけるようなシステムなりがあるといいのかなと思います。

それでは、鳥巢先生、お願いします。

○鳥巢（小平中央リハビリテーション病院 院長）：越永先生が今おっしゃったように、慢性期でもある程度急性期のことはできるようになっていますから、遠慮なく連絡してほしいと思います。

それができないと、急性期にも頼めないし、急性期から慢性期にも頼めないということで、変な回り方をしてしまうことになるんです。

慢性期から在宅というのが、一番普通のうちの回り方ですが、医療療養型から介護保険を使うとなると、そこら辺でケアマネージャーさんが入ってこなければいけないわけです。

きょうもうちの病院でトラブルというか、困ったのは、ある程度よくなったけれども、介護している奥さんが高齢で、本当は在宅で診てもらいたいけれどもそれができない。そうかといって、「うちではもうやることないから、次を探しましょう」と言うと、高齢者の人というのは同じことを何回も繰り返すから困ってしまうんですね。

在宅に行く前の療養型の慢性期の治療というのは、国のほうは回復期を増やしているけれども、慢性期の医療療養型というのは意外と少ないので、行き場がなくなってしまうんですよ。

急性期では、生命を守らなければいけないというので、いろいろやるんですが、そうすると、ほとんどの患者さんが褥瘡になったり、フレイルで筋力が低下して歩けなくなってしまうという患者さんが増えてくるんですね。

ですから、早期から回復期がやるようなことを、急性期でもリハをやってもらいたいんですが、そこまで手が回らないんだったら、高度急性期に関しては、ある程度やることがなくなったら、もう早めに療養型とかのところに連絡していただければと思っています。

急性期が空いていれば取れるけれども、空いてないところに「入れてくれ」と言われたら、急性期の先生たちだって困ってしまうわけです。

そういう意味で、二次、三次の受入れ先として見ていければいいのかと思っていますが、そういう意味では、北多摩北部は何とかこうやって顔を見ながら話しているから、頼みやすいんじゃないかと思っています。

○石橋座長：ありがとうございます。

そうしますと、今回の地域医療構想の中でも、今度変更されるような医療機能をきちんと果たしていくためにも、介護側との連携というものが非常に重要になってくるかと思えます。

こういう介護側との連携と、そこを取り持つ資源としての在宅、それから地区の医師会というようなところが、どのように今後話を進めていったらいいかということとは、とても難しい課題かなと思うんですが、三輪先生、全ての立場を理解していただいている先生のご意見をいただければと思います。

どういうところを今後きちんとしていけば、よりスムーズに人が回るのかということについて、お話をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。

○三輪（西東京市医師会 会長）：今お話を伺っていて、高齢者の救急の人を三次救急に回さないほうが良いというご意見は、そのとおりだと思うんですが、二次救急のところでも、いつも公立昭和の運営委員会に行っているんですが、結構断られたりしているわけですね。

断る理由はさまざまあって、ベッドが満床というわけじゃないんですが、三次救急の前のところで全部受けられるわけではない現状が今でもあるという中で、患者さんの中には、三次救急を希望される方もいるという現状もあります。

そういうところで、その辺のルールづくりをどういうふうにするかということは、とても必要だと思うんですが、病院の連携の問題で難しいんじゃないかと思っています。

もう一つは、先ほどのお話にもありましたように、「ACPがしっかりしていると、もし三次救急に入ったとしても、下り搬送がうまくできるのに」ということですが、これに関して、日頃、悪くなる前の患者を診ている我々開業医が、もっとACPを広めていくようなことをしなければいけないんじゃないかということは、今感じています。

それを通して、患者さんとその家族の教育をしていくということを、ちゃんとしていかないと、この問題は解決していかないと思います。

在宅もあまりしない一般の開業医について、かかりつけ医機能をこれから問われるわけですが、そのかかりつけ医機能の中に、しっかりとこのACPを、元気なうちからちゃんと進めていくということを、より真剣にやらないと、この問題は解決しないかなと感じています。

そこに医師会がどのように関わっていけるのかということは、今後どういう方策をしたらいいのかということが分からないんですが、あまり考えている余裕はないので、実際に進めていかなければいけないと感じている次第です。

○石橋座長：ありがとうございました。

ほかにご意見、ご質問等はございますでしょうか。

複十字病院の工藤先生、お願いします。

○工藤（複十字病院 院長）：救急医療に関しては、下りよりも上りのほうがやりやすいと思っています。「私のところじゃ手に負えませんので、先生のところで何か診てください」と言っても、それに対して応えようという病院さんは結構おられるわけですね。

うちでも、「もうおたくで診てくださいよ」とお願いしたりしていますが、下りのほうを引き受けるほうが難しいだろうと思っています。

最初の救急で運ばれるときに、北多摩北部の場合は、公立昭和さんが非常に頑張っておられるので、そういうところにどんどん持って行ってはいけないんだと思うんですね。

我々ぐらいのところで食いとめなければいけないということで、「とにかく応需率を高めろ」と、病院の中ではずっと言い続けてきたんですが、ようやく70%ぐらいまで行ったでしょうかね。

全体の依頼数が減っているんですが、受入れ数は昨年よりずっと増えてきておりますので、各病院の先生方も大変でしょうが、応需率を高めるというようなことが、すごく重要じゃないかと思えます。

最後に、これとは違うんですが、後藤先生にお伺いしたいことがあります。

北多摩北部医療圏の特徴は、MDCで見るとどうなんだろうということですが。

北多摩北部医療圏外から中に入ってくる疾患は何か、外に出ていくよりも中に入ってくる疾患は何だろうというと、MDCの01と04なんです。

それは、神経系の病気と呼吸器系の病気ということで、疾患別に見たときにそういう特徴があるんだなと思っております。

ただ、先ほど後藤先生のお話の中で、疾患別ではないけれども、「介護度が高くなるほど外に出ていく」というお話があったんですが、あまり理解ができないんです。

むしろ介護度が高くなると、中で診るんじゃないかと思うんですが、そうじゃなかったでしょうか。私の聞き間違いでしょうか。

○石橋座長：ありがとうございました。

後藤先生、お答えいただけますでしょうか。

○後藤（地域医療構想アドバイザー、東京科学大学）：高齢者の要介護度が3から5になるほど、圏域外に出ていっているという事実があります。

高齢者の中で比較したものではあるので、同じ75歳以上の中で非該当者と要介護の3から5の該当者を比べてみると、要介護度の高い方は、実際は東京都内

を入院先として行かれている方が多かったということです。脳卒中、肺炎、大腿骨骨折に関しては、そういった状況もありました。

ただ、どうしても地理的に埼玉と接しているところがありますので、どれぐらいの方が北多摩北部に住所を置いているまま、施設だけ埼玉に行った方とか、実際に本当に生活圏が北多摩北部にある方かどうかといったところまでは、まだ厳密には見られていませんでした。

ですので、そこは厳密に分析した上で、本当に要介護度が高い方が外に出ているのか、それとも先生の感覚のとおり、中にしっかり留まっているかといったところは、今後見定めていかないといけないと思っておりました。ご意見をいただきありがとうございます。

○工藤（複十字病院 院長）：圏域外の施設に多くの方が入られるという理解でよろしいですかね。

○後藤（地域医療構想アドバイザー、東京科学大学）：その可能性も十分にあるかなといったところで、入院だけではなく、普段の医療を受けているかということ、同時に見ることができれば、普段の医療からもう圏域外で受けている方々であれば、そういった施設がそもそも圏域外なんだという判断ができるんじゃないかなと考えております。

○石橋座長：ありがとうございました。

ほかにご質問、ご意見等はございますでしょうか。

よろしいでしょうか。非常に多くの問題を抱えているわけですが、これだけの問題を、この1回、2回とか、来年度は3回ぐらいになるかなというお話がありましたが、そういう短い中で検討するという事はなかなか難しいと思います。

それから、関係をしてくる消防だとか介護の施設との関係とか、かかりつけ医の問題とか在宅の問題とか、非常に多岐にわたった関係づくり、ルールづくりということが、必要になってくるかと思えます。

ですので、こういう話を各地区の医師会なり病病連携の会なりに持って帰っていただいて、お話をいただきたいと思います。

また、5市の行政の方からも本当はご意見をいただきましたかったんですが、時間がなかったので申し訳なかったんですが、行政と医師会を交えて、こういう検討会を開いていただければと思っております。また、「そういうものが必要だな」ということであれば、皆さんのほうにご相談をさせていただきたいと思っております。

とりあえず、きょうはさまざまなお話をいただきまして、これが参考になって、来年度以降の地域医療構想に生きてくるのかなと思っておりますので、東京都のほうもぜひ参考にさせていただければと思います。

それでは、本日予定されていた議事は以上となりますので、事務局にお返ししたいと思います。

4. 閉 会

○宮澤部長：東京都の宮澤でございます。

本日も貴重なご意見をありがとうございました。

いくつか触れさせていただきたいと思いますが、まず、ファーストタッチをどうするのか、どこで受けるのかというご意見がありました。

医療機関機能に基づきます高齢者救急をどうしていくかということについては、非常に重要なポイントだと思っております。

この新たな構想での議論を踏まえまして、搬送というものをセットで考えていく必要があると思っておりますので、搬送基準も含めて、新たな高齢者の救急医療体制を見直していく必要があると思っておりますので、東京消防庁さんとも引き続き連携して取り組んでいきたいと考えております。

また、「これをうまく機能させるためには、家族も含めたルールづくりが必要だけれども、なかなか難しい」というご意見をいただきましたが、ACPへの理解促進とかいったものは、これもセットで考えていく必要があると思っております。

かかりつけ医の先生方にもご協力をいただいて、進めていく必要があると思っておりますので、こちらも引き続きご議論いただければと考えております。

最後に、施設や介護の連携ということでご意見をいただきました。

新たな構想では、「高齢者」というのは重要なワードでございまして、この医療と介護の連携ということが、構想の柱になってくると思います。

これは、本当に永遠のテーマということではございますが、この先、2040年を考えたときには、より重要なキーワードだと考えてございます。

こちらも、引き続き、ご意見をいただきながら、しっかり構想に位置づけて、それに必要な体制づくりに向けて進めていきたいと考えてございます。

きょうはどうもありがとうございました。

○石橋座長：土谷先生、もしご意見をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

○土谷副会長：ありがとうございます。

この圏域は前々から、割としっかり議論できる圏域で、きょうも聞いていて、しっかり議論されていると思えました。

高齢者救急、地域包括ケアシステム、地域包括ケアネットワークにつなげていくという意識を持って、今後ともやっていただければと思いますので、よろしくをお願いします。

○石橋座長：ありがとうございました。

○本間課長：最後に、事務連絡をさせていただきます。

本日会議で扱いました議事の内容について、追加でのご意見やご質問などがある方は、東京都地域医療構想調整会議ご意見と書かれた様式をお使いいただき、東京都医師会宛てに、会議終了後1週間以内にご提出いただければと思います。

それでは、本日の会議は終了となります。長時間にわたりありがとうございました。

(了)